

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIDAD DE GRADUACIÓN PROFESIONAL
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DIRIGIDO AL PERSONAL PARAMÉDICO
PARA EL ADECUADO MANEJO DEL PACIENTE CON ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO”.**

**NORMA ALEJANDRA JIMÉNEZ MEJÍA
INGRID PENELOPE LARA HIGUEROS**

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2014

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIDAD DE GRADUACIÓN PROFESIONAL
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-**

"MAYRA GUTIÉRREZ"

**"PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DIRIGIDO AL PERSONAL PARAMÉDICO
PARA EL ADECUADO MANEJO DEL PACIENTE CON ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO".**

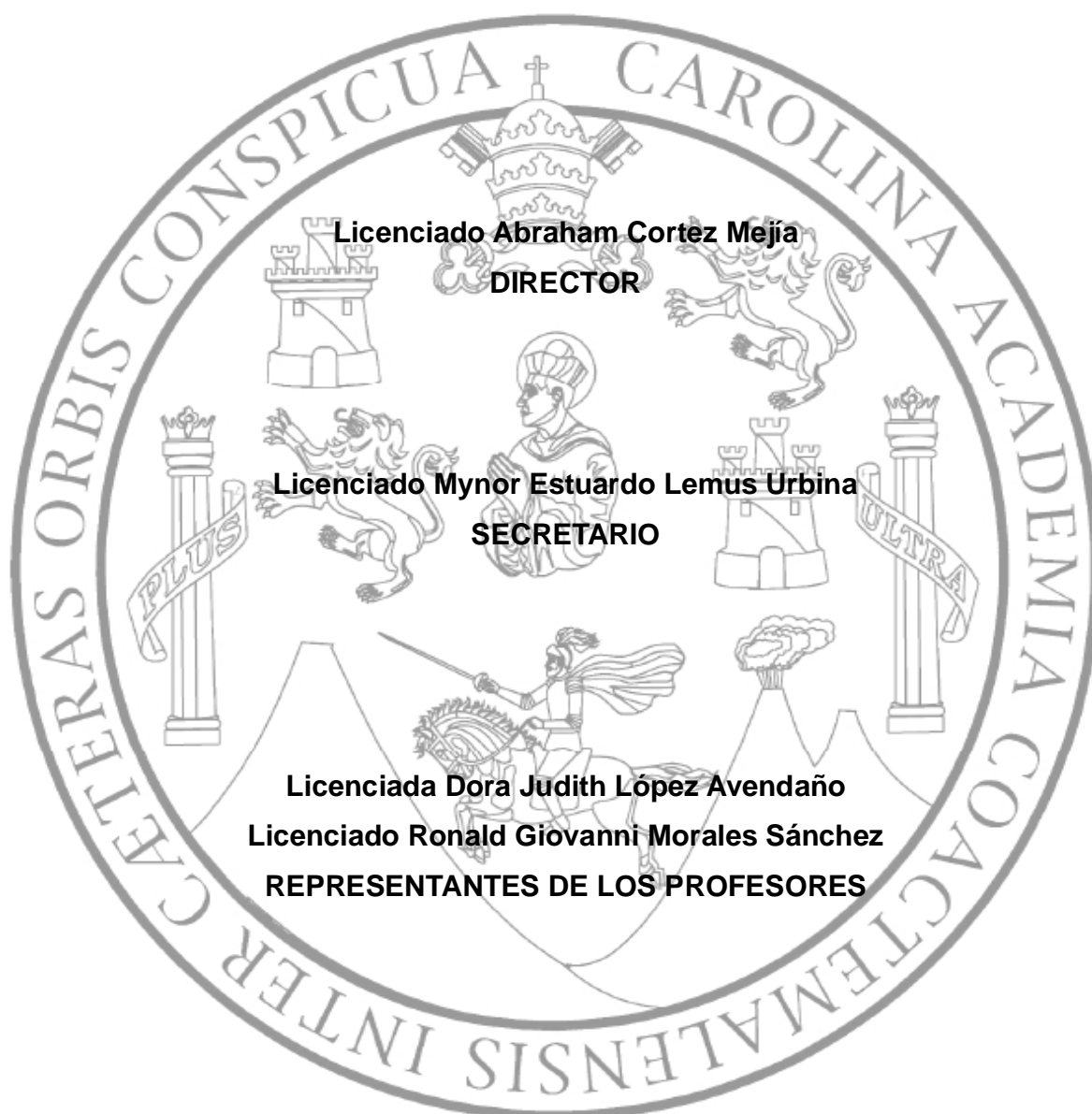
**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**POR
NORMA ALEJANDRA JIMÉNEZ MEJÍA
INGRID PENELOPE LARA HIGUEROS**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS
EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADAS**

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2014

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



Licenciado Juan Fernando Porres Arellano
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS

c.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 039-2014
CODIPs. 1991-2014

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

10 de noviembre de 2014

Estudiantes

Norma Alejandra Jiménez Mejía
Ingrid Penelope Lara Higueros
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DÉCIMO NOVENO (19º.) del Acta CUARENTA Y OCHO GUIÓN DOS MIL CATORCE (48-2014), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 6 de noviembre de 2014, que copiado literalmente dice:

DÉCIMO NOVENO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DIRIGIDO AL PERSONAL PARÁMEDICO PARA EL ADECUADO MANEJO DEL PACIENTE CON ESTRÉS POSTRAUMÁTICO"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Norma Alejandra Jiménez Mejía
Ingrid Penélope Lara Higueros

CARNÉ No. 93-10867
CARNÉ No. 2007-20186

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Luis Alberto Paredes Flores, y revisado por la Licenciada Elena Soto Solares. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

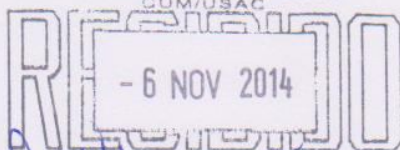
Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina
SECRETARIO



/Gaby

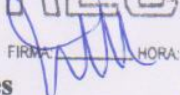
INFORME FINAL

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



UGP 301-2014
REG 039-2014

Guatemala, 06 de Noviembre 2014

FIRMA:  HORA: 19:35 Registro: _____

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Informo a usted que realicé la última revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

**“PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DIRIGIDO AL PERSONAL
PARAMÉDICO PARA EL ADECUADO MANEJO DEL PACIENTE CON
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.”**

ESTUDIANTE:
Norma Alejandra Jiménez Mejía
Ingrid Penélope Lara Higueros


CARNÉ No.
93-10867
2007-20186

CARRERA: Licenciatura en Psicología

ASESORADO POR: Licenciado Luis Alberto Paredes Flores

Considerando que el **INFORME FINAL** cumple con los requerimientos establecidos por la Unidad de Graduación, proceso aprobado por la Licda. Elena Soto Solares docente revisora, el 5 de Noviembre del 2014 y por la Docente Encargada de la Unidad de Graduación Profesional el 30 de Octubre del año en curso. Se recibieron documentos originales completos el 04 de Noviembre, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


M.A. Mayra Luna de Álvarez

UNIDAD DE GRADUACIÓN PROFESIONAL - U.S.A.C.

Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs-“Mayra Gutiérrez”



MLA/acv.

Centro Universitario Metropolitano - CUM- Edificio “A”
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530

Guatemala, 23 de septiembre de 2014.

Licenciada Mayra Luna de Álvarez
Docente Encargada Unidad de Graduación
Departamento de Investigaciones Psicológicas -CIEPs.
"Mayra Gutiérrez"
CUM

Licenciada Álvarez:

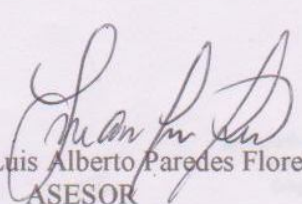
Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la **asesoría del Informe Final de Investigación**, titulado **"PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DIRIGIDO AL PERSONAL PARAMÉDICO PARA EL ADECUADO MANEJO DEL PACIENTE CON ESTRÉS POSTRAUMÁTICO"**, elaborado por las Estudiantes:

Norma Alejandra Jiménez Mejía
Ingrid Penélope Lara Higueros

carné No. 9310867
carné No. 200720186

El trabajo fue realizado a partir del 7 de agosto del año dos mil doce, previo a obtener el Título de la Licenciatura en Psicología, en el grado académico de Licenciatura Universitaria. Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs., por lo que emito **DICTAMEN FAVORABLE** y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Atentamente,


Licenciado Luis Alberto Paredes Flores
ASESOR
Colegiado No. 7951

Luis Paredes Flores
PSICOLOGO GENERAL
Colegiado 7951



Guatemala 22 de septiembre de 2014

Licenciada
Mayra Friné Luna de Álvarez
Docente encargada unidad de Graduación
Departamento de investigaciones Psicológicas SIEPs
"Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Estimada Licenciada:

Deseándole éxitos en sus labores diarias, por este medio le comunico que las estudiantes Norma Alejandra Jiménez, carné No. 93-10867 e Ingrid Penélope Lara Higueros, carné 200720186, del 20 de agosto al 22 septiembre realizaron observación, encuestas, entrevistas y taller al personal paramédico del intensivo I, II y área de quemados como parte de su trabajo de investigación con fines de graduación, de trabajo titulado, Programa de Capacitación Dirigido al Personal Paramédico para el Adecuado Manejo del Paciente con Estrés Post-traumático.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente

Dr. Gerardo Mendoza Robles
Médico Psiquiatra
Colegiado 9800

Dr. Max Gerardo Mendoza Robles
Médico Psiquiatra
Colegiado 9800

PADRINOS DE GRADUACIÓN

Norma Alejandra Jiménez Mejía

**JAVIER ADOLFO JIMÉNEZ MEJÍA
LICENCIADO EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES Y
ABOGADO Y NOTARIO
COLEGIADO No. 11,195**

**UBALDO ISRAEL JIMÉNEZ MEJÍA
LICENCIADO EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES Y
ABOGADO Y NOTARIO
COLEGIADO No. 14,019**

Ingrid Penélope Lara Higueros

**HERMAN ANTONIO OVALLE ESCAMILLA
CIRUJANO DENTISTA
COLEGIADO No. 1611**

ACTO QUE DEDICO

A DIOS Y A LA VIRGEN MARIA

Por permitirme llegar a culminar un ciclo más de mi vida, gracias por la perseverancia y paciencia depositada en mí y mi familia. Por guiar mi camino como hija, hermana y madre en todo momento.

A MIS PADRES

Rosa Verónica Mejía de Jiménez, Santiago Israel Jiménez Gómez. Forjadores de mi existir a ustedes en especial este logro.

A MI COMPAÑERO DE VIDA

Juan de Dios Corado Hernández. La persona que amo incondicionalmente por ser parte fundamental de lo más importante en mi vida ...mi familia.

A MIS HIJAS

Melanie Fátima Alejandra Corado Jiménez, Angie Rossybel Corado Jiménez Y Valerie Dayana Corado Jiménez (+). En las cuales puedo ver el inmenso amor de Dios hacia mí, las amo, son lo más importante de mi vida para ustedes en especial este logro. Aunque Dios decidió tener a una de ustedes como un ángel espero algún día nos permita darnos un fuerte abrazo juntas.

A MIS HERMANOS

Verónica, Ubaldo y Javier. Saben que son parte importantísima en mi vida gracias por los buenos momentos y apoyo recibido incondicionalmente, los amo.

A MIS SOBRINOS

Adriana Lucia, María José, William Benjamín y Gerson Santiago. Con todo mi amor.

A MIS AMIGOS

Elsa, Ingrid, Liliam, Carlos. Con todo mi cariño y amor fraternal para ustedes.

A MI FAMILIA EN GENERAL

Con respeto y admiración.

Por: Norma Alejandra Jiménez Mejía

ACTO QUE DEDICO

A Dios

Por acompañarme cada día en el sendero de mi vida y darme fortaleza para continuar siempre adelante a pesar de las adversidades.

A ti Herman Ovalle

Por haber sido el primer impulso, quien confió en mí y en mi capacidad, quien encendió esa chispa, porque has sido y serás siempre parte importante en mi vida, gracias por motivarme a hacer de mí una mejor persona.

A mi hija Emily

Por ser el motor de mi vida, mi razón para seguir adelante, por ser una niña responsable, por darme siempre tu apoyo incondicional en los momentos más difíciles, te doy gracias por ayudarme a cumplir esta meta, te amo hija.

A mis padres

Mi madrecita, quien no está presente físicamente pero siempre lo estará en mi corazón, a mi Padre por darme el carácter para poder enfrentar las adversidades que se me han presentado en la vida.

Mis hermanas y Pablito

Porque sin su apoyo hubiese sido imposible hacerme el tiempo para dedicarme a la carrera, por estar siempre presentes sin importar qué y sobre todo por la paciencia, gracias hermanitas y a ti **Pablito** porque a pesar de mis carreras siempre me transmites buen ánimo y sé que puedo contar contigo.

Mis amigos

Brenda Tánchez, quien sin importar el tiempo y la distancia siempre estuvo presente escuchándome y apoyándome. Salvador Arriola, por su sincera amistad, por ser siempre una inyección de positivismo.

Mis Amigos de Universidad (La Familia)

Mis animalitos de la creación gracias por permitirme ser parte de sus vidas, por aceptar a esta "viejita" en el grupo, por su amistad incondicional, por todos los momentos, por las risas y sobre todo por esos recuerdos imborrables durante toda la carrera.

Mi Amiga

Compañera de tesis, Norma por que más que una compañera has sido una buena amiga, por confiar en mí para recorrer juntas esta parte importante del camino, porque a pesar de las diferencias y situaciones ajenas a nosotras realizamos juntas un excelente trabajo.

Por: Ingrid Penélope Lara Higueros

AGRADECIMIENTOS

Comenzamos con un proyecto de estudio y terminamos con sueño hecho realidad

A DIOS: hoy agradecemos por ser nuestra influencia, fortaleza y manantial del cual nos valemos día a día.

A la Tricentenaria y Prestigiosa Universidad de San Carlos de Guatemala y Escuela de Ciencias Psicológicas, por la oportunidad y formación que nos brindaron.

Licenciado Luis Alberto Paredes (Asesor)

Licenciada Elena Soto solares (Revisora)

Gracias por su paciencia, comprensión y su apoyo incondicional, por estar cada vez que los buscamos.

Doctor Max Gerardo Robles (Psiquiatra IGSS)

Por brindarnos su apoyo dentro de la institución, siendo nuestro asesor y guía para realizar el trabajo de investigación.

Al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital de Accidentes Zona 7 Ciudad de Guatemala, por permitirnos realizar nuestro trabajo de investigación y la disposición que mostraron.

A todas las personas antes mocionadas, nuestra más sincera gratitud, porque gracias a las oportunidades, correcciones, compañía, sonrisas en los momentos difíciles todo esto es posible, que Dios derrame muchas bendiciones sobre su vida hoy mañana y siempre.

ÍNDICE

| | Pág. |
|--|------|
| Resumen | |
| Prólogo | |
| CAPÍTULO I | |
| 1. Introducción | 04 |
| 1.1. Planteamiento del problema y marco teórico | 04 |
| 1.1.1. Planteamiento del problema | 04 |
| 1.1.2. Marco teórico | 08 |
| 1.1.2.1. Trastorno de estrés postraumático | 08 |
| 1.1.2.2. Epidemiología | 08 |
| 1.1.2.3. Etiología | 10 |
| 1.1.2.4. Causas | 12 |
| 1.1.2.5. Síntomas | 14 |
| 1.1.2.6. Síntomas y diagnóstico | 16 |
| 1.1.2.7. Pautas para el diagnóstico | 18 |
| 1.1.2.8. Pronóstico | 22 |
| 1.1.2.9. Tratamiento | 23 |
| 1.1.2.10. Criterios del DSM-IV para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático | 26 |
| 1.1.2.11. Criterios del CIE-10 para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático | 28 |
| 1.1.2.12. Prevención | 29 |
| 1.1.2.13. Manejo | 30 |
| 1.1.2.14. Intervención | 31 |
| 1.1.2.15. Teoría de Vygotsky | 33 |
| 1.1.3. Hipótesis de trabajo | 37 |
| 1.1.4. Delimitación | 37 |

CAPÍTULO II

| | |
|---|----|
| 2. Técnicas e instrumentos | 38 |
| 2.1. Técnica de muestreo | 38 |
| 2.2. Técnicas de recolección de datos | 38 |
| 2.2.1. Instrumentos | 39 |
| 2.3. Técnica de análisis estadístico | 40 |

CAPÍTULO III

| | |
|---|----|
| 3. Presentación, análisis e interpretación resultados | 42 |
| 3.1. Características del lugar y de la población | 42 |
| 3.1.1. Características del lugar | 42 |
| 3.1.2. Características de la población | 47 |
| 3.1.3. Análisis cualitativo | 47 |

CAPÍTULO IV

| | |
|---|----|
| 4. Conclusiones y recomendaciones | 52 |
| 4.1. Conclusiones | 52 |
| 4.2. Recomendaciones | 53 |
| Bibliografía | 54 |
| Anexos | |

RESUMEN

“Programa de capacitación dirigido al personal paramédico para el adecuado manejo del paciente con estrés postraumático”.

Autoras: Norma Alejandra Jiménez Mejía carné 9310867
Ingrid Penelope Lara Higueros carné 200720186

Esta investigación tiene como finalidad realizar un programa de capacitación dirigido al personal paramédico del Hospital General de accidentes IGSS zona 7, área crítica intensivo I y II, para que reconozcan los síntomas del estrés postraumático del paciente brindándole la atención adecuada, estableciendo que conocimientos tiene el personal paramédico de estrés postraumático, determinando si el personal reconoce dichos síntomas y así lograr establecer las dificultades que enfrenta el personal al atender a dichos pacientes, para poder colaborar en la adaptación del paciente con estrés postraumático.

Para realizar dicho programa se realizaron encuestas y entrevistas a su personal, para explorar las necesidades en el campo de la psicoterapia. Teniendo que investigar los conocimientos que tiene el personal sobre estrés postraumático, que atiende a los pacientes, que sabe sobre este y como identifica y atienden al paciente con este síntoma. El cual se llevó a cabo en el mes de agosto de 2014, trabajando únicamente con dicho personal.

Los tratamientos que se dan a los pacientes, conociendo la forma en que se capacita al personal para identificar a los pacientes que presenten síntomas de estrés postraumático y el seguimiento de los pacientes para ser atendidos por el departamento de psicología o psiquiatría si así fuera necesario. Se ha de tener en cuenta, no obstante, que el tratamiento puede presentar diferencias de un caso a otro, no sólo, como es natural, en función de las características de las personas, sino también en función de los hechos traumáticos desencadenantes: no produce los mismos efectos una agresión sexual, que una catástrofe natural, o el choque de carros.

Conociendo si los tratamientos suelen desarrollarse individualmente o según las necesidades de cada paciente, aunque en algunas ocasiones, en función del caso y del momento, puede estar indicada la terapia grupal, la duración de los tratamientos y la forma de referencia de los pacientes al profesional a cargo de la salud mental, brindando así un servicio integral para el bienestar de los pacientes que asisten al hospital.

PRÓLOGO

El presente trabajo muestra que el trastorno por estrés postraumático se configura como una reacción emocional intensa ante un suceso experimentado.

Las reacciones pueden ser transitorias o prolongarse por largo tiempo. De este modo se plantea que la capacidad de un “estímulo” para producir este trastorno está en directa relación con la percepción de amenaza que se tenga de éste. Dicha percepción dependerá del acontecimiento o de las características de la persona.

Teniendo como objetivos, brindar información específica sobre como identificar y tratar a los pacientes que sufren estrés postraumático; ya que esto es un proceso difícil para la persona que lo vive y más aún para quien lo atiende; conocer cada uno de los procesos psicológicos, que pasa el paciente al momento de sufrir un accidente; para poder acompañarle profesionalmente durante su estadía dentro del hospital; orientar al personal para que puedan brindar información al paciente para que pueda adaptarse a su entorno y busque grupos de ayuda, tomando en cuenta su estado físico; desarrollar habilidades de comunicación dirigido al personal, que atiende al paciente para que tenga una atención integral; poder brindar un mejor servicio y atención al paciente durante su estadía en la institución, ya que esto le permitirá un mejor proceso de recuperación.

Tomando en cuenta que los sucesos traumáticos sobrepasan nuestra capacidad de asimilación. Las personas que los experimentan pueden tener reacciones de intenso miedo, horror o desesperanza. Estos eventos pueden comprender el sentirse amenazado de muerte, ser herido gravemente o asaltado física o sexualmente. Pueden ocurrir por única vez como el caso de un accidente

vehicular, un desastre natural, un incendio o un delito violento, o pueden ser repetidos y persistentes, como en el caso del abuso o maltrato infantil, otras formas de violencia doméstica y la guerra. Por desgracia, los sucesos traumáticos son muy comunes, afectando a la mayoría de las personas, como mínimo una vez en su vida. Las reacciones a estos eventos traumáticos varían considerablemente, provocando desde alteraciones menores a perturbaciones severas, debilitantes y prolongadas. Es muy común que, además de la ansiedad, el temor y el decaimiento, la persona se desconecte emocionalmente y no recuerde partes significativas de lo acontecido. Pese a ello, puede verse atormentada por imágenes fragmentarias de recuerdos que se presentan a través de imágenes y recuerdos persistentes, pesadillas o depresión, irritabilidad, trastornos del sueño, etc.

Cuando estas experiencias duran más de un mes, son descritas bajo el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático o TEPT.

La respuesta individual puede ser de afrontamiento o de huida, el organismo se prepara entonces con aumento del ritmo cardíaco, del ritmo respiratorio, de la presión sanguínea, se dilatan las pupilas, se tensan los músculos, se produce una vasoconstricción periférica, aumenta la glucemia, se libera adrenalina, noradrenalina, glucocorticoides. En todos los casos, la familia y los amigos se hacen imprescindibles para conseguir que la persona afectada reanude su ritmo de vida normal.

La intervención terapéutica conjuga, normalmente, tratamientos específicos, en función del diagnóstico principal, con otros de carácter más general o contextual, en función de las características personales y circunstancias del paciente.

Normalmente, las primeras intervenciones van encaminadas a reducir los síntomas de ansiedad y la incapacitación que producen. Posteriormente se analizan y tratan los factores que originan y mantienen la ansiedad y otras alteraciones que puedan acompañarla.

Habitualmente, los tratamientos incluyen aspectos relacionados con la recuperación de la salud, si se ha perdido, aspectos relacionados con la prevención, y aspectos relacionados con el desarrollo personal del paciente que de un modo u otro tienen que ver con lo que le pasa.

Los tratamientos que han demostrado una mayor eficacia en el tratamiento específico del estrés postraumático son los basados en procedimientos cognitivo-conductuales.

La experiencia del trabajo fue muy enriquecedora ya que como futuros profesionales, es necesario aprender diariamente. Agradecemos al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, hospital de accidentes zona siete por haber permitido la realización de esta investigación, a las autoridades del mismo por el apoyo durante el proceso y al médico psiquiatra Max Gerardo Mendoza Robles, por ser la persona que confió en nuestro trabajo y apoyo en todo momento nuestro desempeño durante la realización de la presente investigación, siendo el encargado por parte de la institución de supervisar la realización del mismo.

CAPÍTULO I

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema y marco teórico

1.1.1 Planteamiento del problema

El trastorno de estrés postraumático surge como la respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí mismo malestar generalizado en casi cualquier persona. Los síntomas esenciales para su diagnóstico, además de la vivencia de una experiencia traumática, son las evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o el sueño, la evitación de circunstancias que recuerden el trauma y la presencia de amnesia respecto a algún aspecto importante de lo vivido o bien de al menos dos síntomas de hiperactivación. Suelen estar presentes además, aunque son prescindibles en el diagnóstico del trastorno, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo.

Tomando en cuenta que el personal paramédico de intensivo I y II del IGSS de Accidentes, no reconoce los síntomas asociados al estrés postraumático y el manejo de los pacientes que lo presentan, motivo por el cual se desarrolla el presente trabajo de investigación.

Según la mayor parte de la población que sufren estrés postraumático, no son atendidos adecuadamente, debido a que se desconocen los diferentes síntomas que pueden presentar las personas, es por esta razón que con este programa, vamos a identificar el conocimiento que posee el personal paramédico sobre el manejo del paciente y como logran identificarlos y referirlos

para que puedan tener su terapia, al mismo tiempo demostrar las dificultades que afronta el personal por la falta de conocimiento del estrés postraumático.

Para saber que conocimientos posee el personal sobre estrés postraumático, para lo cual planteamos las siguientes interrogantes: “¿Qué conocimientos tiene el personal paramédico que atiende a los pacientes del intensivo I y II sobre estrés postraumático?, ¿Sabe identificar el personal paramédico el estrés postraumático?, ¿Qué dificultades enfrenta el personal paramédico al atender pacientes con estrés postraumático?, ¿Cómo puede el personal paramédico atender al paciente con estrés postraumático?”. La cual se llevará a cabo en el mes de agosto de 2013, trabajando únicamente con dicho personal. Finalmente, en función de todo lo anterior, el establecimiento de unos objetivos evaluables y unos medios convenientemente ordenados y secuenciados.

La intervención terapéutica conjuga, normalmente, tratamientos específicos, en función del diagnóstico principal, con otros de carácter más general o contextual, en función de las características personales y circunstancias del paciente. Normalmente, al inicio del tratamiento, se acude a consulta una vez por semana. Cuando el tratamiento está siendo encauzado, se espacian las visitas, efectuándose habitualmente a razón de una visita cada 15 días.

La mayoría de las personas que han sufrido un trauma no llegan a padecer el estrés postraumático, un hecho que todavía no tiene explicación. Además y al contrario de lo que se cree, la gravedad del síndrome no depende de la naturaleza del trauma que lo desencadena. La reacción a una situación dura e inusual depende mucho de la sensibilidad de las personas afectadas y de sus recursos para afrontar los traumas. En parte esto se encuentra determinado por las características genéticas de cada uno, pero también influye la personalidad y la situación vital concreta que esté atravesando, si ha sufrido o no

otros traumas en el pasado o el tejido familiar y social que pueda apoyarle.

Puede aparecer a cualquier edad, aunque suele ser más frecuente entre las personas jóvenes, quizá porque tienen más posibilidades de exponerse a los traumas desencadenantes. También es más común en aquéllos individuos socialmente aislados.

Tratamiento es a largo plazo, lo que explica el alto grado de abandono de la terapia. Se estima que el 75 por ciento de los pacientes tratados lo abandona. El tratamiento se basa en una combinación de fármacos y psicoterapia. Los fármacos empleados se dirigen a los diversos síntomas del síndrome, teniendo en cuenta los más acusados. Los medicamentos que suelen prescribirse son antidepresivos y ansiolíticos. La psicoterapia se encamina a desarrollar técnicas de relajación, como aprender a respirar correctamente ante una crisis provocada por el síndrome. Este tratamiento se puede combinar con métodos cognitivos para racionalizar los hechos traumáticos y también con terapia de choque, por la que se recrea la situación vivida para ayudar a la víctima a superarla y a perder el miedo que le produjo.

“Dentro del síndrome por estrés postraumático, los expertos distinguen entre el tipo agudo, que se manifiesta durante el primer mes hasta los tres meses después del trauma, y el tipo latente que puede aparecer por lo menos a los seis meses desde el hecho desencadenante. En algunos casos, la aparición de los síntomas puede producirse décadas más tarde”.¹

Los síntomas duran un mes como mínimo y afectan la capacidad del paciente para retomar su vida normal tanto en casa, como en el trabajo o en las

¹ Fundación salud en Red. Síndrome de Estrés Postraumático. Madrid, España. Unidad Editorial. (2009) extracto Revista en Red. s.p.

situaciones sociales. No importa el tiempo que haya pasado desde que se produjo el trauma. El síndrome puede aparecer años después.

No existen exámenes que puedan realizarse para diagnosticar el trastorno de estrés postraumático. El diagnóstico se hace sobre la base de ciertos síntomas. El médico puede preguntarle por cuánto tiempo ha tenido los síntomas. Esto le ayudará a él a saber si usted padece trastorno de estrés postraumático o una afección similar llamada trastorno de estrés agudo (TEA).

En el trastorno de estrés postraumático, los síntomas están presentes durante al menos 30 días. En el trastorno de estrés agudo, los síntomas estarán presentes durante un período de tiempo más corto.

El médico también puede hacer exámenes de salud mental, exámenes físicos y exámenes de sangre para descartar otras enfermedades que sean similares al trastorno de estrés postraumático. El tratamiento puede ayudar a prevenir el desarrollo del trastorno de estrés postraumático después de un trauma. Un buen sistema de apoyo social también puede ayudarle a protegerse contra este trastorno.

1.1.2 Marco Teórico

1.1.2.1 Trastorno de estrés postraumático

Según los documentos consultados no se encontró ningún estudio relacionado con un programa sobre el manejo de estrés postraumático en pacientes, a nivel de Guatemala, esperando contribuir con la presente investigación en la formación de los futuros profesionales.

Existe la evidencia de que las personas traumatizadas que reciben apoyo psicológico y consejo especializado inmediatamente después de sufrir el episodio desencadenantes son menos propensas a padecer el síndrome de estrés postraumático, comparadas con las que no reciben ningún tipo de ayuda. Por eso se recomienda que tras un trauma se recurra a algún profesional especializado.

Se llegó a tomar en cuenta como tema de investigación debido a que el Hospital General de Accidentes, cuenta únicamente con un Médico Psiquiatra y no existe ningún psicólogo que capacite y brinde atención terapéutica a pacientes que sufren estrés postraumático. Siendo referidos al Médico Psiquiatra únicamente los casos en los cuales no responden con los tratamientos establecidos por los médicos de área, desconociendo el personal paramédico totalmente los síntomas del estrés postraumático.

Es un tipo de trastorno de ansiedad que puede ocurrir después de que uno ha observado o experimentado un hecho traumático que involucra una amenaza de lesión o de muerte.

1.1.2.2 Epidemiología

El TEPT ha sido asociado a multitud de hechos traumáticos de diversa índole:

- Catástrofes naturales: terremotos, tsunamis, huracanes, incendios, erupciones volcánicas, deslizamientos de tierra, inundaciones, etc.

- Tragedias provocadas por la mano del hombre: guerras; atentados terroristas; asesinatos; agresiones físicas violentas; tortura; secuestro; diversas formas de abuso sexual; distintas formas de maltrato psicológico o emocional como el acoso laboral (mobbing)² y escolar (bullying).
- Accidentes y enfermedades: caídas, golpes, ahogamientos, atragantamientos; accidentes automovilísticos, aéreos, ferroviarios o navales (naufragio); derrumbamientos, explosiones, incendios; infartos repentinos,³ muertes violentas de algún familiar, etc.

La prevalencia del TEPT tiene una relación directa con el grado de exposición a eventos estresantes traumáticos, tanto naturales (terremotos, tsunamis, erupciones volcánicas) como provocados por la mano del hombre (guerras, atentados terroristas, ataques violentos, etc). En todas estas condiciones las personas pertenecientes a los grupos afectados pueden presentar TEPT en porcentajes de, al menos, un 15%.

Suele aparecer en sujetos que han ido al frente en la guerra o que han sido prisioneros de guerra, que han estado expuestos a ataques personales como asalto o violación, que han sido secuestrados o tomados como rehenes, que han sido torturados o han estado en campos de concentración, que han participado en accidentes automovilísticos siendo el accidentado o habiendo sido testigos de la amputación de otra persona, que han presenciado un asesinato o que han visto cuerpos fragmentados en accidentes o en explosiones de bombas o trenes y que han presenciado o han sido víctimas directas de actos terroristas⁴.

² Peralta Gómez, María Claudia.. Manifestaciones del acoso laboral, mobbing y síntomas asociados al estrés postraumático: estudio de caso. Facultad de Psicología, Universidad de La Sabana, Bogotá Colombia. 2006. Psicol. Caribe, pág. 17

³ Ginzburg K. La comorbilidad del trastorno de estrés postraumático y la depresión después de un infarto de miocardio. Revista de los Trastornos Afectivos. 2006, p. 140.

⁴ Pierre Pichot coordinador general (1995). *DSM IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson.

En los niños las experiencias sexuales inapropiadas para la edad (aunque no haya habido violencia o daño físico real, sólo abuso) se incluyen entre los acontecimientos traumáticos que provocan el TEPT.³

Cuando el agente estresante es obra de otro ser humano el trastorno es de mucha mayor gravedad que cuando es producto de un acontecimiento natural.³

1.1.2.3 Etiología

El trauma es la incapacidad de un sujeto para responder adecuadamente a la intensidad de un aflujo de excitaciones demasiado excesivo para su psiquismo producido por determinado acontecimiento experimentado. El bloqueo de la actividad motriz externa (imposibilidad de reaccionar) aumenta la posibilidad del estrés postraumático. La función del Yo es evitar estos estados traumáticos, tamizar y organizar la excitación recibida descargándola motrizmente o ligándola a pensamientos y palabras.

Esto es posible debido a la capacidad del Yo para anticipar en su fantasía lo que va a ocurrir e ir preparándose para el futuro. Los hechos que no han sido anticipados y que son experimentados de una manera violenta e intrusiva originan grandes cantidades de excitación no controlada que las vuelven abrumadoras para el psiquismo. Esta excitación es excesiva en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad para controlarla y elaborarla psíquicamente.⁵

El trastorno por estrés postraumático es generado por los efectos patógenos duraderos que este incidente traumático provoca en toda la organización psíquica. Las probabilidades que tiene un incidente de producir un

⁵ Fenichel, Otto. *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires, Paidós. 1966, pág. 141.

trastorno por estrés postraumático se hayan directamente relacionadas con su carácter de imprevisto.

El principal síntoma es el bloqueo o disminución de las funciones del Yo y esto es lo que trae como consecuencia todos los demás síntomas. Este bloqueo se explica por la concentración de toda la energía psíquica disponible por el psiquismo en una sola tarea: el intento de controlar la abrumadora excitación psíquica invasora. La urgencia de esta tarea hace que todas las demás funciones yoicas queden relegadas, la emergencia domina completamente al sujeto. “Eso genera toda clase de mecanismos de defensa del Yo y de fenómenos regresivos”.⁶

Casi todos los síntomas del trastorno por estrés postraumático son producto del bloqueo de las funciones perceptivas del Yo: el embotamiento psíquico, la amnesia total o parcial, la reducción acusada del interés, la disminución de la capacidad para sentir emociones, las dificultades para concentrarse, el insomnio, la irritabilidad y la disociación psíquica.

El TEPT puede o no desarrollarse en una persona que ha estado expuesta a un acontecimiento traumático dependiendo de factores predisponentes individuales (vulnerabilidad) y de la naturaleza del evento traumático. A más traumático el acontecimiento, más probabilidades de que se origine, y a menos vulnerabilidad individual previa menos probabilidades de generarlo.

Entre los factores que contribuyen a su desarrollo están:

- La extensión en que el evento traumático afecta la vida íntima y personal del afectado.

⁶ IDEM pág 10

La duración del evento.

- El grado de vulnerabilidad ante la maldad humana: el TEPT es más probable que ocurra en eventos provocados por la mano del hombre que ante eventos naturales.

1.1.2.4 CAUSAS

Dentro del síndrome por estrés postraumático, los expertos distinguen entre el tipo agudo, que se manifiesta durante el primer mes hasta los tres meses después del trauma, y el tipo latente que puede aparecer por lo menos a los seis meses desde el hecho desencadenante. En algunos casos, la aparición de los síntomas puede producirse décadas más tarde. Estos son los más característicos*:

- Rememoración del trauma (flashbacks), pesadillas o recuerdos instantáneos e involuntarios en cualquier momento del día.
- Alucinaciones con la idea de que se repite el hecho traumático.
- Ansiedad extrema al entrar en contacto con las personas, lugares o cualquier circunstancia que recuerde el trauma.
- Palpitaciones, dificultad para respirar, sudor cada vez que se recuerda el hecho desencadenante.
- Evitar conversaciones, lugares, personas, en general cualquier cosa que pueda relacionarse con el trauma.
- Incapacidad para recordar detalles importantes del hecho.
- Sentirse psíquicamente distante, entumecido y paralizado ante cualquier experiencia emocional normal.
- Creer que la vida va a ser más corta de lo que lógicamente se espera.
- Perder el interés por las aficiones y diversiones.

* IDEM. Pág. 6

- Mostrar signos de hiperactividad: dificultad para dormir, irritabilidad, incapacidad para concentrarse o alarmarse con mucha facilidad.
- Los síntomas duran un mes como mínimo y afectan la capacidad del paciente para retomar su vida normal tanto en casa, como en el trabajo o en las situaciones sociales. No importa el tiempo que haya pasado desde que se produjo el trauma. El síndrome puede aparecer años después*.

Causas, incidencia y factores de riesgo

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se puede presentar inmediatamente después de un trauma mayor o demorar más de 6 meses después del acontecimiento. Cuando se presenta inmediatamente después del trauma, por lo general mejora después de tres meses; sin embargo, algunas personas tienen una forma más prolongada de la enfermedad que puede durar por muchos años.

El trastorno de estrés postraumático puede ocurrir a cualquier edad y aparecer luego de un desastre natural como una inundación o un incendio, o como una guerra, un encarcelamiento, un asalto, maltrato familiar o violación.

La causa del trastorno de estrés postraumático se desconoce, pero hay factores psicológicos, genéticos, físicos y sociales involucrados. El trastorno de estrés postraumático cambia la respuesta del cuerpo al estrés. Éste afecta las hormonas del estrés y los químicos que transmiten información entre los nervios (neurotransmisores). El hecho de haber estado expuesto a un trauma en el pasado puede incrementar el riesgo de este trastorno.

* IDEM. pág. 6

Tener un buen apoyo social ayuda a proteger contra este trastorno. En estudios realizados con los veteranos de guerra de Vietnam, aquellos con sistemas de apoyo fuertes tenían menos probabilidad de desarrollar trastorno de estrés postraumático que aquellos que no tenían ese tipo de apoyo social.

Las personas con trastorno de estrés postraumático experimentan de nuevo el hecho una y otra vez en al menos una de varias formas. Pueden tener sueños y recuerdos atemorizantes del acontecimiento, sensación de estar pasando por la experiencia nuevamente (reviviscencia) o tornarse muy perturbadas durante los aniversarios del evento.

1.1.2.5 Síntomas

Las personas con trastorno de estrés postraumático vuelven a experimentar el evento una y otra vez en al menos una de varias formas. Pueden tener sueños y recuerdos aterradores del evento, sentir como si estuvieran pasando por la experiencia de nuevo (reviviscencia) o acongojarse durante los aniversarios del evento.

Los síntomas del trastorno de estrés postraumático se clasifican en tres categorías principales:

1. "Reviviscencia" repetitiva del evento, lo cual perturba las actividades diarias.
 - a. Episodios de reviviscencias, en donde el evento parece estar sucediendo de nuevo una y otra vez.
 - b. Recuerdos reiterativos y angustiantes de la situación.
 - c. Sueños repetitivos con la situación.
 - d. Reacciones físicas a situaciones que le recuerdan el evento traumático

2. Evasión.

- a. "Insensibilidad" emocional o sentimiento de que a usted nada le importa.
- b. Sentimientos de despreocupación e indiferencia.
- c. Incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma.
- d. Falta de interés en las actividades normales.
- e. Menos expresión de estados de ánimo.
- f. Aislamiento de las personas, lugares u objetos que hacen recordar el evento.
- g. Sensación de un futuro incierto.

3. Excitación

- a. Dificultad para concentrarse
- b. Respuesta exagerada a los estímulos que causan sobresalto
- c. Conciencia excesiva (hipervigilancia)
- d. Irritabilidad o ataques de ira
- e. Dificultades para dormir

La persona podría tener sentimientos de culpa acerca del hecho (incluyendo "culpa del sobreviviente") y los siguientes síntomas que son característicos de ansiedad, estrés y tensión:

- Agitación o excitabilidad
- Mareo
- Desmayo
- Sensación de latidos del corazón en el pecho (palpitaciones)
- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Palidez
- Signos y exámenes

No existen exámenes que puedan realizarse para diagnosticar el trastorno de estrés postraumático. El diagnóstico se hace sobre la base de un cierto grupo de síntomas que continúan después de haber experimentado un trauma extremo. El médico realizará exámenes físicos y psiquiátricos para descartar otras enfermedades.

1.1.2.6 Síntomas y diagnóstico

Para hacer el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático con base en los criterios de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado, se requiere lo siguiente:

- La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que se ha presentado lo siguiente:
 - a. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 - b. La persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos. En los niños estas respuestas pueden expresarse mediante comportamientos desestructurados o agitados.
- El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:
 - a. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
 - b. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento. En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
 - c. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo. Se incluyen la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y flashbacks. Los niños

pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

- d. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- e. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo, tal y como indican tres o más de los siguientes síntomas:
 - a. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
 - b. Mecanismo de disociación psíquica que es una alteración temporal de las funciones de integración de la conciencia que separa el acontecimiento traumático ocurrido de los sentimientos generados por este para sentir como si eso le hubiera pasado a otro.
 - c. Mecanismo de evitación que puede producir la amnesia total o parcial de un aspecto puntual del acontecimiento traumático.
 - d. Embotamiento psíquico de la capacidad de respuesta del individuo por el temor, la desesperanza o el horror.
 - e. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
 - f. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
 - g. Reducción acusada del interés, la participación en actividades significativas y la disminución de la reactividad al mundo exterior, denominada «anestesia emocional».
 - h. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
 - i. Restricción de la vida afectiva y disminución de la capacidad para sentir emociones, especialmente las que hacen referencia a la intimidad,

ternura y sexualidad en aquellos que han sido víctimas de un trauma sexual.

j. Sensación de un futuro desolador, pesimismo.

➤ Síntomas persistentes de aumento de la activación, tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:

a. Insomnio de conciliación o de mantenimiento.

b. Irritabilidad o ataques de ira.

c. Dificultades para concentrarse.

d. Hipervigilancia.

e. Sobresaltos.

f. Síntomas de ansiedad o aumento de la activación (arousal) que no existían antes del trauma.

El tiempo mínimo de evolución de los síntomas es de un mes. Las alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. El trastorno es agudo si los síntomas persisten menos de tres meses. Su prolongación hará que se considere crónico. En los casos en los cuales los síntomas se inician después de seis meses de padecido el evento traumático, se considerará de inicio demorado.

A diferencia del DSM IV TR los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 no establecen una duración mínima de los síntomas y no se consideran indispensables los síntomas por aumento de la activación, pudiendo ser sustituidos por la incapacidad de recordar aspectos importantes que generaron el trauma.

1.1.2.7 Pautas para el diagnóstico:

Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho

traumático de excepcional intensidad. Un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo). Además del trauma, deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados. También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

Incluye:

-Neurosis traumática.

El inicio de cualquier tratamiento requiere:

- Una valoración diagnóstica precisa
- Un conocimiento exhaustivo de los factores implicados en el origen y desarrollo del problema: antecedentes, factores desencadenantes, factores predisposicionales, factores de mantenimiento, soluciones intentadas, etc.
- Un conocimiento suficiente del paciente y sus circunstancias: grado de deterioro de la salud y el bienestar, incapacitación e interferencias en planes de acción o estatus significativos para la persona, recursos personales, atribución de capacidad y eficacia, rasgos destacados de la personalidad y del sistema de valores, estado emocional general, etc.
- La formulación de un esquema explicativo que identifique las variables más relevantes del caso, las relaciones críticas entre ellas, y el proceso que han ido siguiendo a lo largo del tiempo.

- El establecimiento de una relación adecuada entre el paciente y el especialista que les permita trabajar juntos de manera eficiente: reconocimiento mutuo, comunicación eficaz, confidencialidad, seguimiento de prescripciones etc.
- Finalmente, en función de todo lo anterior, el establecimiento de unos objetivos evaluables y unos medios convenientemente ordenados y secuenciados. Estos últimos, los medios y su despliegue, en función de la demanda formulada por el paciente, son los que constituyen el tratamiento propiamente dicho.

-Disposición de recursos de contención, que lleven al paciente a sentirse atendido y entendido, expresarse libremente, o poder depositar, y en cierto modo descargarse, sus miedos o inquietudes.

-Información al paciente sobre la naturaleza del estrés postraumático: mecanismos básicos, funcionalidad y disfuncionalidad, explicación sobre los síntomas y su alcance, relaciones entre pensamiento, emoción y acción.

-Medicación: normalmente en combinación y como apoyo del tratamiento psicológico. Los medicamentos que hasta la fecha han demostrado una mayor eficacia, tanto en el periodo inicial de estrés agudo, como posteriormente, son los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y los antagonistas de receptores 5-HT₂ (nefazodona). El tratamiento farmacológico ha de estar siempre prescrito y supervisado por el médico.

-Entrenamiento en relajación: respiración diafragmática lenta y relajación muscular progresiva.

- ✓ **Exposición controlada y progresiva a situaciones temidas**, normalmente de forma imaginaria. La exposición en un primer momento activa el miedo presente en los recuerdos traumáticos, después permite al paciente tener una experiencia correctora en ausencia de consecuencias aversivas.

- ✓ **Técnicas cognitivas:** reestructuración interpretaciones catastróficas, control pensamientos automáticos, manejo de la culpabilidad, sobreestimación de la probabilidad de ocurrencia de un hecho negativo. Para favorecer estos cambios es frecuente utilizar ejercicios estructurados, "experimentos conductuales", cuestionamiento de hipótesis mediante "diálogo socrático" o contrastes con la evidencia, etc.

-Optimización de los apoyos sociales y afectivos. Comunicación de los hechos y vivencias traumáticas

- ✓ **Desarrollo de habilidades de afrontamiento para situaciones específicas.** Poner el acento en lo que se quiere que pase, más que en evitar lo que no se desea que ocurra, en una situación dada.
- ✓ **Grupos y o materiales de autoayuda,** como complemento de la terapia.

Estos son algunos de los recursos terapéuticos más conocidos y probados en el tratamiento del estrés postraumático. Se ha de tener en cuenta no obstante, que estos trastornos pueden venir asociados a otros problemas, que requieren también un abordaje, en el contexto de un tratamiento integrado y convenientemente articulado. El tratamiento, en rigor, no lo es del estrés postraumático, sino de la persona que lo padece, en relación, naturalmente, con la demanda que efectúa.

La intervención terapéutica conjuga, normalmente, tratamientos específicos, en función del diagnóstico principal, con otros de carácter más general o contextual, en función de las características personales y circunstancias del paciente. Normalmente, las primeras intervenciones van encaminadas a reducir los síntomas de ansiedad y la incapacitación que producen. Posteriormente se analizan y tratan los factores que originan y/o mantienen la ansiedad y otras alteraciones que puedan acompañarla.

Habitualmente, los tratamientos incluyen aspectos relacionados con la recuperación de la salud, si se ha perdido, aspectos relacionados con la

prevención, y aspectos relacionados con el desarrollo personal del paciente que de un modo u otro tienen que ver con lo que le pasa.

Normalmente, al inicio del tratamiento, se acude a consulta una vez por semana. Cuando el tratamiento está mínimamente encauzado, se espacian las visitas, efectuándose habitualmente a razón de una visita cada 15 días.

1.1.2.8 Pronóstico:

El mejor pronóstico o resultado depende de la prontitud con que se desarrollen los síntomas después del trauma y de la rapidez con que se haga el diagnóstico y el tratamiento.

Complicaciones

- Alcoholismo.
- La depresión, la ansiedad y el miedo a las cosas que usualmente no son atemorizantes para otras personas (fobia) pueden ser parte de este trastorno.
- Drogadicción.
- Cuándo contactar a un profesional médico.
- Aunque eventos traumáticos pueden ocasionar angustia, no todos los sentimientos de angustia son síntomas de trastorno de estrés postraumático.

Hablar de sus sentimientos con familiares y amigos. Si los síntomas duran más tiempo o son peores, hay que hablar con el médico.

- a. Buscar ayuda inmediatamente acudiendo a la sala de urgencias o llamando al médico.
- b. Se siente abrumado por la culpa
- c. Es impulsivo
- d. Está pensando en hacerse daño a sí mismo
- e. Es incapaz de refrenar el comportamiento
- f. Tiene otros síntomas muy angustiantes de trastorno de estrés postraumático

- g. También puede consultar con el médico para solicitar ayuda con problemas continuos como pensamientos recurrentes, irritabilidad y problemas con el sueño.

1.1.2.9 Tratamiento

El tratamiento está orientado a la reducción de los síntomas, estimulándolo para que recuerde el hecho, exprese sus sentimientos y adquiera algún sentido de control sobre la experiencia. En algunos casos, el hecho de expresar la aflicción ayuda a completar el proceso necesario de duelo. Los grupos de apoyo, donde las personas que han tenido experiencias similares comparten sus sentimientos, son útiles.

Es posible que las personas con este trastorno necesiten tratamiento para la depresión, el consumo de alcohol o sustancias o problemas de salud conexos, antes de abordar los síntomas de dicho trastorno. La psicoterapia conductista se emplea para tratar los síntomas de evasión, lo cual puede incluir exposición al objeto que desencadena sus síntomas, hasta que usted se acostumbre a él y deje de evitarlo (esto se denomina técnica de inundación y exposición gradual).

Los medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso pueden ayudar a reducir la ansiedad y otros síntomas de este trastorno. Los antidepresivos, incluyendo los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), como fluoxetina (Prozac), pueden ser efectivos para tratar el trastorno de estrés postraumático.

Se pueden recetar muchos otros medicamentos empleados para trastornos de salud mental. Un médico debe vigilarlo si usted está tomando estos fármacos, dado que pueden tener efectos secundarios. Los sedantes pueden

ayudar con las alteraciones en el sueño. Los ansiolíticos pueden servir, pero algunos tipos, como las benzodiazepinas, pueden ser adictivos.

Los objetivos del tratamiento del TEPT, van dirigidos a:

- Disminuir los síntomas.
- Prevenir complicaciones crónicas.
- Rehabilitación social y ocupacional.

El tratamiento incluye diversas modalidades psicoterapéuticas individuales, entre las cuales podemos destacar la cognitivo-conductual; también son de gran utilidad las terapias de grupo y de familia, y los grupos de autoayuda.

El manejo farmacológico dependerá de los síntomas predominantes. Entre los medicamentos utilizados se cuentan los antidepresivos, ansiolíticos y estabilizadores del ánimo, entre otros. En algunas oportunidades pueden utilizarse los antipsicóticos atípicos.

Los tratamientos empíricamente avalados por el DSM IV (APA) en la categoría de bien establecidos son los siguientes⁷:

- Tratamiento de exposición.
- Entrenamiento en inoculación del estrés.
- Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR).

El método catártico:

Se trata de la descarga emocional del afecto vinculado al acontecimiento traumático. Esto es posible porque, en el momento del hecho, el sujeto reprime los recuerdos asociados al mismo pero permanecen en el inconsciente. Los

⁷ Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) Criterios para el Diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático. Pág. 440.

afectos no pueden reprimirse y se transforman en angustia, ansiedad y todos los síntomas del TEPT. El hecho traumático deja al sujeto sin palabras, en estado de shock.

La catarsis permite al enfermo recordar y objetivar verbalmente el acontecimiento traumático liberándolo así del excesivo afecto que lo convertía en patógeno. Cuando el afecto y la verbalización del recuerdo irrumpen al mismo tiempo en la conciencia se produce la abreacción. Si se libera el afecto ligado al recuerdo de un trauma se anulan sus efectos patógenos. El recuerdo antes reprimido, puede ser integrado ahora en una serie asociativa que permita la corrección del acontecimiento en la memoria del sujeto y desaparecen los síntomas por medio del uso de la palabra.

El tratamiento es a largo plazo, lo que explica el alto grado de abandono de la terapia. Se estima que el 75 por ciento de los pacientes tratados lo abandona. El tratamiento se basa en una combinación de fármacos y psicoterapia. Los fármacos empleados se dirigen a los diversos síntomas del síndrome, teniendo en cuenta los más acusados. Los medicamentos que suelen prescribirse son antidepresivos y ansiolíticos. La psicoterapia se encamina a desarrollar técnicas de relajación, como aprender a respirar correctamente ante una crisis provocada por el síndrome. Este tratamiento se puede combinar con métodos cognitivos para racionalizar los hechos traumáticos y también con terapia de choque, por la que se recrea la situación vivida para ayudar a la víctima a superarla y a perder el miedo que le produjo.

1.1.2.10 CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO *

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:
1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
 2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
 3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
 4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

* IDEM pág. 23.

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
 2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
 3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
 4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
 5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
 6. Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).
 7. Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
- 1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
 - 2) Irritabilidad o ataques de ira.
 - 3) Dificultades para concentrarse.
 - 4) Hipervigilancia.
 - 5) Respuestas exageradas de sobresalto.
- E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
1. Especificar si:
 - a. Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses.

- b. Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.
2. Especificar si:
- a. De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

1.1.2.11 CRITERIOS DEL CIE-10 PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ⁸

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen).

Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: Episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma.

⁸ Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10 Decima Revisión Volumen 1 F.43.1 DSM-IV-TR. Pag. 438.

En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicótropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

1.1.2.12 PREVENCIÓN

Existe la evidencia de que las personas traumatizadas que reciben apoyo psicológico y consejo especializado inmediatamente después de sufrir el episodio desencadenantes son menos propensas a padecer el síndrome de estrés postraumático, comparadas con las que no reciben ningún tipo de ayuda. Por eso se recomienda que tras un trauma se recurra a algún profesional especializado.

1.1.2.13 MANEJO

La mayoría de las personas que han sufrido un trauma no llegan a padecer el estrés postraumático, un hecho que todavía no tiene explicación. Además y al contrario de lo que se cree, la gravedad del síndrome no depende de la naturaleza del trauma que lo desencadena. La reacción a una situación dura e inusual depende mucho de la sensibilidad de las personas afectadas y de sus recursos para afrontar los traumas. En parte esto se encuentra determinado por las características genéticas de cada uno, pero también influye la personalidad y la situación vital concreta que esté atravesando, si ha sufrido o no otros traumas en el pasado o el tejido familiar y social que pueda apoyarle.

Puede aparecer a cualquier edad, aunque suele ser más frecuente entre las personas jóvenes, quizá porque tienen más posibilidades de exponerse a los traumas desencadenantes. También es más común en aquéllos individuos socialmente aislados.

Se trata de un acontecimiento en la vida del sujeto, una experiencia vivida que aporta, en muy poco tiempo, un aumento tan grande de excitación a la vida psíquica, que fracasa toda posibilidad de elaboración. Entonces el psiquismo, al ser incapaz de descargar una excitación tan intensa, no tiene la capacidad de controlarla y eso origina efectos patógenos y trastornos duraderos.

El trastorno por estrés postraumático es el conjunto de los síntomas que aparecen como consecuencia de este hecho traumático.

Es una severa reacción emocional a un trauma psicológico extremo. El factor estresante puede involucrar la muerte de alguien, alguna amenaza a la vida del paciente o de alguien más, un grave daño físico o algún otro tipo de amenaza a la integridad física o psicológica, a un grado tal que las defensas

mentales de la persona no pueden asimilarlo.⁹ En algunos casos, puede darse también debido a un profundo trauma psicológico o emocional y no necesariamente algún daño físico, aunque generalmente involucra ambos factores combinados. Si una madre o un padre es afectado, el TEPT puede causar consecuencias negativas para la relación padres-hijo y el desarrollo del niño.¹⁰

1.1.2.14 INTERVENCIÓN

Los tratamientos que han demostrado una mayor eficacia en el tratamiento específico del estrés postraumático son los basados en procedimientos cognitivo-conductuales, si bien es un ámbito en el que se requiere mucha más investigación.

Se ha de tener en cuenta, no obstante, que el tratamiento puede presentar diferencias ostensibles de un caso a otro, no sólo, como es natural, en función de las características de las personas, sino también en función de los hechos traumáticos desencadenantes: no produce los mismos efectos una agresión sexual, que una catástrofe naturales, o el choque de dos trenes. He aquí una relación de aquellas técnicas consideradas más efectivas:

- Disposición de recursos de contención, que lleven al paciente a sentirse atendido y entendido, expresarse libremente, o poder depositar, y en cierto modo descargarse, sus miedos o inquietudes.

⁹ Coates, Susan, Schechter Daniel. Niños en edad preescolar post-9/11: estrés postraumático: perspectivas relacionales y de desarrollo. *Psiquiatría en emisión de desastres. Clínicas de Norte America*, 2004, pág. 480

¹⁰ Schechter, Daniel, Willheim, Erica. Las perturbaciones del apego y psicopatología de los padres en la primera infancia. *Infantil e infancia temprana problema de salud mental. Infantil y Clínicas de Psiquiatría Adolescente de América del Norte*. 2009, pág 687

- EMDR: La De sensibilización y Reproceso por el Movimiento de los Ojos. La aplicación de esta técnica parte de la premisa, para el Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD), de que la ansiedad se debe a que la información acerca del evento traumático permanece sin haber sido procesada, manteniendo bloqueados las cogniciones, conductas y sentimientos acerca del evento. La EMDR facilitaría el reprocesamiento del recuerdo traumático, mediante la reconstrucción cognitiva del evento, asociada a la inducción en el paciente de movimientos oculares sacádicos, y otras formas de estimulación bilateral.
- Información al paciente sobre la naturaleza del estrés postraumático: mecanismos básicos, funcionalidad y disfuncionalidad, explicación sobre los síntomas y su alcance, relaciones entre pensamiento, emoción y acción.
- Medicación: normalmente en combinación y como apoyo del tratamiento psicológico. Los medicamentos que hasta la fecha han demostrado una mayor eficacia, tanto en el periodo inicial de estrés agudo, como posteriormente, son los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y los antagonistas de receptores 5-HT2 (nefazodona). El tratamiento farmacológico ha de estar siempre prescrito y supervisado por el médico.
- Identificación y neutralización del procedimientos contraproducentes, utilizados por el paciente para regular su problema, pero que, en realidad, contribuyen, no a la solución, sino al mantenimiento del problema.
- Entrenamiento en relajación: respiración diafragmática lenta y relajación muscular progresiva.
- Exposición controlada y progresiva a situaciones temidas, normalmente de forma imaginaria. La exposición en un primer momento activa el miedo presente en los recuerdos traumáticos, después permite al paciente tener una experiencia correctora en ausencia de consecuencias aversivas.
- Técnicas cognitivas: reestructuración interpretaciones catastróficas, control pensamientos automáticos, manejo de la culpabilidad, sobreestimación de la

probabilidad de ocurrencia de un hecho negativo. Para favorecer estos cambios es frecuente utilizar ejercicios estructurados, "experimentos conductuales", cuestionamiento de hipótesis mediante "diálogo socrático" o contrastes con la evidencia, etc.

- Optimización de los apoyos sociales y afectivos. Comunicación de los hechos y vivencias traumáticas.
- Desarrollo de habilidades de afrontamiento para situaciones específicas. Poner el acento en lo que se quiere que pase, más que en evitar lo que no se desea que ocurra, en una situación dada- Grupos y o materiales de autoayuda, como complemento de la terapia.

Estos son algunos de los recursos terapéuticos más conocidos y probados en el tratamiento del estrés postraumático. Se ha de tener en cuenta no obstante, que estos trastornos pueden venir asociados a otros problemas, que requieren también un abordaje, en el contexto de un tratamiento integrado y convenientemente articulado. El tratamiento, en rigor, no lo es del estrés postraumático, sino de la persona que lo padece, en relación, naturalmente, con la demanda que efectúa.

1.1.2.15 TEORÍA PSICOSOCIAL DE VYGOTSKY

Lev Semionovich Vygotsky (1896-1934) es considerado el precursor del constructivismo social. A partir de él, se han desarrollado diversas concepciones sociales sobre el aprendizaje. Algunas de ellas amplían o modifican algunos de sus postulados, pero la esencia del enfoque constructivista social permanece. Lo fundamental del enfoque de Vygotsky consiste en considerar al individuo como el resultado del proceso histórico y social donde el lenguaje desempeña un papel esencial. Para Vygotsky, el conocimiento es un proceso de interacción entre el sujeto y el medio, pero el medio entendido social y culturalmente, no solamente físico también rechaza los enfoques que reducen la Psicología y el aprendizaje a

una simple acumulación de reflejos o asociaciones entre estímulos y respuestas. Existen rasgos específicamente humanos no reducibles a asociaciones, tales como la conciencia y el lenguaje, que no pueden ser ajenos a la Psicología. A diferencia de otras posiciones (Gestalt, Piagetiana), Vygotsky no niega la importancia del aprendizaje asociativo, pero lo considera claramente insuficiente.

Vygotsky establece que hay dos tipos de funciones mentales: las inferiores y las superiores. Las funciones mentales inferiores son aquellas con las que nacemos, son las funciones naturales y están determinadas genéticamente. Las funciones mentales superiores se adquieren y se desarrollan a través de la interacción social. Puesto que el individuo se encuentra en una sociedad específica con una cultura concreta, Las funciones mentales superiores están determinadas por la forma de ser de esa sociedad: Las funciones mentales superiores son mediadas culturalmente Para Vygotsky, a mayor interacción social, mayor conocimiento, más posibilidades de actuar, más robustas funciones mentales.

Vygotsky considera que el desarrollo humano un proceso de desarrollo cultural., siendo la actividad del hombre el motor del proceso de desarrollo humano. El concepto de actividad adquiere de este modo un papel especialmente relevante en su teoría. Para él, el proceso de formación de las funciones psicológicas superiores se dará a través de la actividad práctica e instrumental, pero no individual, sino en la interacción o cooperación social. La instrumentalización del pensamiento superior mediante signos, específicamente los verbales, clarifica la relación entre el lenguaje y el pensamiento.

Vygotsky propone que el sujeto humano actúa sobre la realidad para adaptarse a ella transformándola y transformándose a sí mismo a través de unos instrumentos psicológicos que le denomina "mediadores". Este fenómeno, denominado mediación instrumental, es llevado a cabo a través de

"herramientas" (mediadores simples, como los recursos materiales) y de "signos" (mediadores más sofisticados, siendo el lenguaje el signo principal). También establece que la actividad es un conjunto de acciones culturalmente determinadas y contextualizadas que se lleva a cabo en cooperación con otros y la actividad del sujeto en desarrollo es una actividad mediada socialmente.

Vygotsky fundamenta su teoría que el aprendizaje que se da por medio de una sociedad y en el medio en que se desarrollan las personas, el ser humano debe vivir dentro de una sociedad por que por medio de esta se da el motor del aprendizaje y por índole el desarrollo para que se de esto es importante tomar en cuenta dos aspectos importantes el contexto social y la capacidad de imitación, el aprendizaje se da mejor cuando este se transmite a un grupo y no a una sola persona.

Dentro de su teoría incluye dos leyes: la primera es la ley de doble formación de los procesos psicológicos, Vygotsky pensaba que los procesos psicológicos de los seres humanos tiene un origen social, lo que en si quiere dar a conocer esta ley es que todo proceso psicológico superior aparece dos veces en el desarrollo del ser humano, en el ámbito interpsicologico y en lo intrapsicologico, lo primero se refiere a la relación con los demás y lo segundo a la relación consigo misma, trata de explicar esta ley a partir de la adquisición del lenguaje, 1 a 3 años: el lenguaje tiene una función comunicativa y es interpersonal. 3 a 5/7 años: se da un habla egocéntrica o privada, y acompaña sus acciones. (Es un habla bastante predicativa y omisiva), A partir de 5/7 se da el proceso de interiorización, sus acciones no van acompañadas por el lenguaje este aparece interiorizado lo que lo hace intrapersonal. La segunda ley la denomino nivel del desarrollo real, nivel de desarrollo potencial, y zona de desarrollo potencial, el primero se refiere a es el que se da cuando las actividades las hace uno independientemente. Lo segundo se refiere a cuando

necesita la ayuda de alguien pero al final puede lograr hacerlo independientemente. Y lo tercero es la que se da en medio de estos dos niveles, y es en la que establecen relaciones. Existe una relación entre el desarrollo, la educación y el aprendizaje. La educación debe ser el motor del aprendizaje, esta ha de actuar en la Zona de desarrollo Potencial, proporcionando ayudas para fomentar el desarrollo del niño. Los educadores trabajan en proporcionar esas ayudas pero retirándolas a tiempo, cuando ya no las necesite el niño. Vygotsky dice que la finalidad de la educación es promover el desarrollo del ser humano. También piensa que la educación siempre va delante del desarrollo, para así estimularlo, gracias a fomentar el aprendizaje. Siempre se puede mejorar buscando que el Nivel de desarrollo Potencial llegue a ser Nivel de desarrollo Real. Aunque a veces se crea que no hay que enseñar algo porque no lo va lograr aprender, hay que intentarlo aunque no lo logre, porque interviniendo en la Zona de desarrollo Potencial, seguro se da un avance en su desarrollo. Existe una valoración positiva de las diferencias individuales, porque aunque en la Zona de desarrollo Potencial la ayuda la aporta alguien más capaz, eso ejerce un aprendizaje entre iguales. La interacción social con otras personas, es fuente de aprendizaje y promueve el desarrollo.

1.1.3 HIPOTESIS

En el presente trabajo no se plantea una hipótesis ya que el objetivo es el conocimiento del “programa de capacitación dirigido al personal paramédico para el adecuado manejo del paciente con estrés postraumático.

Se toman en cuenta las siguientes categorías de análisis respectivo: conocimiento, identificación, dificultades, atención al paciente.

1.1.4 DELIMITACIÓN

Para la realización de dicho trabajo de investigación se programó en un periodo de dos meses, utilizando únicamente los días de lunes a viernes en horario de 8:00 A 12:00 o de 13:00 A 17:00 horas; en las instalaciones del hospital de accidentes de la zona siete de la ciudad de Guatemala. Con el objetivo de trabajar con el personal paramédico del intensivo I y II.

CAPÍTULO II

2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

El trabajo de investigación fue realizado en el hospital general de accidentes del IGSS, con el personal paramédico del área crítica de intensivo I y II, ya que son estos los que y tienen el contacto directo con los pacientes población cuenta con cincuenta personas aproximadamente, distribuidas en turnos rotativos de mañana tarde y noche, para realizar dicha investigación fueron utilizadas las técnicas de observación, entrevista y encuesta.

2.1 Técnica de muestreo

Muestreo intencional o de conveniencia: Este tipo de muestreo se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras "representativas" mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos. Es muy frecuente su utilización en sondeos preelectorales de zonas que en anteriores votaciones han marcado tendencias de voto.

El criterio para la muestra fue de 44 personas que laboran en el área de intensivo I y II.

2.2 Técnicas de recolección de datos

Observación: Se observó como el personal paramédico de Intensivo I y II, examina los síntomas y signos que presenta los pacientes que se encuentran con estrés postraumático, logrando establecer las dificultades que enfrenta el personal al atender a los pacientes con estrés postraumático, que pasos realizó el personal paramédico para la atención de estos pacientes dentro de la institución. Esta se realizó en 2 horas por un periodo de 3 días, en las áreas de intensivo I y II del Hospital General de Accidentes IGSS Z. 7, determinando que signos y síntomas presentan los pacientes.

Entrevista: Contó con 13 ítems, los cuales fueron enfocados al conocimiento y manejo de los paciente que presentan estrés postraumático en el área de intensivo I y II, al tipo de capacitaciones que reciben dentro de la institución y la frecuencia con que el médico psiquiatra visita estas áreas, indicando el proceso para que este los atienda, si reciben algún tipo de terapia psicológica dentro de la institución y si saben desde cuando existe este tipo de atención al paciente. Esta se realizó durante 2 horas en un periodo de 3 días en las áreas de intensivo I y II del Hospital General de Accidentes IGSS Z. 7, para determinar lo que el personal paramédico conoce sobre estrés postraumático.

La encuesta: se aplicó con preguntas estructuradas, la cual fue dirigida al personal paramédico de intensivo I y II, tomando aspectos de cantidad de personal que trabaja en cada área, cuantas mujeres y hombres, tiempo que labora en el área de servicio y cuantos pacientes tiene a su cargo por turno, consta de doce ítems. Esta se aplicó durante 2 horas en un periodo de 3 días en las áreas de intensivo I y II del Hospital General de Accidentes IGSS Z. 7.

2.2.1 Instrumentos

Entrevista: Se realizó una entrevista estructurada de la siguiente forma: la pregunta 1 y 2 registraron el tiempo y tipo de capacitaciones que reciben. La pregunta 3, 4, 5, 6, 7, 8 registraron la presencia del médico psiquiatra y la terapia psicológica que reciben los pacientes. La pregunta 9 y 10 registraron los problemas emocionales que presentan los pacientes y lugar donde reciben su terapia. La pregunta 11 y 12 registraron la atención psicológica que reciben los pacientes y desde hace cuanto existe. La pregunta 13 registro el conocimiento que tienen sobre estrés postraumático. Encuesta: Se realizó una encuesta estructurada de la siguiente forma: la pregunta 1, 2, 3 registraron la cantidad de personas que laboran en el servicio, mujeres y hombres. La pregunta 4 y 5 registraron pacientes a cargo y personas que supervisan. La pregunta 6 registró cuantas capacitaciones reciben sobre manejo de pacientes. La pregunta 7

registro áreas de trabajo donde han laborado. La pregunta 8 registro el horario de trabajo. La pregunta 9 registró el tiempo que tienen de trabajar en el área crítica. La pregunta 10 y 11 registraron las capacitaciones recibidas al año. La pregunta 12 registro si conocen al médico psiquiatra de la unidad.

2.3 Técnicas de análisis estadísticos

Se realizó una interpretación de datos según la técnica de análisis interpretativo y vivencial de datos, el cual se utilizó como método de investigación usando principalmente en las ciencias sociales que se basa en principios teóricos como la fenomenología, la hermenéutica, la interacción social empleando métodos de recolección de datos que son no cuantitativos, con el propósito de explorar y describir la realidad tal como es experimentada por los protagonistas. Exponiendo los resultados obtenidos en una tabla de análisis.

2.4 Operativización de Objetivos

| Objetivos | Categoría | Técnica |
|---|---|---------------------------------------|
| <p>–Brindar información específica sobre cómo identificar y tratar a los pacientes que sufren estrés postraumático.</p> <p>--Conocer cada uno de los procesos psicológicos, que pasa el</p> | <p>- Se logro alcanzar el objetivo propuesto, ya que el personal refiere poder identificar los síntomas del estrés postraumático.</p> <p>- Se logro determinar que tienen conocimiento sobre el proceso</p> | <p>- Encuesta.</p> <p>- Encuesta.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>paciente al momento de sufrir un accidente.</p> <p>–Orientar al personal para que puedan brindar información al paciente a que pueda adaptarse a su entorno y busque grupos de ayuda.</p> <p>–Desarrollar habilidades de comunicación dirigido al personal.</p> <p>-Poder brindar un mejor servicio y atención al paciente durante su estadía en la institución.</p> | <p>psicológico que debe llevar el paciente con estrés postraumático.</p> <p>- Este objetivo se logro alcanzar con base al taller de estrés postraumático que se impartió al personal paramédico.</p> <p>- el objetivo trazado se logro cumplir ya que el personal paramédico tiene contacto directo con el paciente.</p> <p>- Este objetivo no se logro con todos los pacientes ya que algunos se encuentran concientes.</p> | <p>- Encuesta.</p> <p>- Taller</p> <p>- Encuesta y entrevista</p> |
|---|--|---|

CAPÍTULO III

3. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Características del lugar y de la población

3.1.1 Características del lugar

El Hospital General de Accidentes fue el primer centro hospitalario creado en el Instituto, según instructivo número 21 de Gerencia de fecha 15 de Diciembre de 1947, habiéndose contratado los servicios médicos privados mediante un convenio escrito entre el Gerente de la institución Licenciado Oscar Barahona Streber y el Doctor Lizardo Estrada, quien ofreció sus servicios a los afiliados en su casa de salud a partir del mes de Julio de 1947, la cual estaba ubicada en la 12 calle “A” entre 3a. Y 4a. Avenida zona 1, hasta el mes de junio de 1948, iniciando la atención para 10 pacientes hospitalizados con servicio de enfermería, camareros y alimentación.

Al crecer la población que requería atención medico hospitalario, se crea el 18 de Julio de 1948 el Centro 1 del IGSS con capacidad de 20 camas, alquilando el chalet San- Carlos, ubicado en la Calle Real Pamplona, al costado derecho del parque zoológico “La Aurora”, cuyo funcionamiento estaba fundamentado en el Acuerdo de Gerencia número 454, del 1 de Julio de 1953.

En base al Acuerdo de Junta Directiva número 473 del 6 de Junio de 1968 se designa su organización como Hospital de Traumatología y Ortopedia.

En base al Acuerdo de Gerencia número 3606 del 7 de Septiembre de 1982, se le denomina Hospital General de Accidentes, habiendo sido trasladado en el mes de Abril de 1997 en las nuevas instalaciones ubicadas en la 13 Avenida 1-51 Zona 4 de Mixco colonia Monte Real con una capacidad de 322 camas y un aproximado de 1165 miembros del personal.

MISIÓN

Brindar atención especializada con calidad humana, recursos y tecnología avanzada a la población que acude en demanda de servicio.

VISIÓN

Un hospital con excelencia en el servicio, personal idóneo, recursos adecuados y suficientes, para cumplir con sus objetivos, a través del trabajo en equipo que permita fortalecer la gestión administrativa para utilizar adecuadamente los recursos sin menos cabo de la atención que presta.

OBJETIVOS

Fortalecer la asistencia médico hospitalaria en los programas de accidentes y enfermedad común, de acuerdo a su cobertura y especialidad, garantizando un servicio continuo, oportuno, eficiente y eficaz, congruente con las políticas institucionales vigentes, en beneficio de la población derecho habiente cubierta por el régimen de Seguridad Social.

NIVELES DE COMUNICACIÓN DENTRO DE LA INSTITUCIÓN

1. Verbales: Se refiere a las llamadas de atención, por haber cometido algún error, para comunicar normas.
2. Escritos: También es utilizada para segunda o tercera llamada de atención, memorándums, cartas, circulares internas, para redactar actas e informes clínicos.
3. Electrónicos: memorándums y circulares en cada uno de los correos del personal hospitalario.
4. Sesiones de trabajo: en el caso de crear el Presupuesto Organizacional Anual (POA) y para la toma de decisiones.

NIVELES DE COORDINACION CON EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS

- 1.- Comité de Desastres
- 2.- Comité de Infección Intrahospitalaria
- 3.- Comité de Infección Ósea
- 4.- Comité Auditoria médica
- 5.- Comité Terapéutico
- 6.- Comité Material Medico
- 7.- Comité Quirúrgico
- 8.- Comité de Maltrato Infantil

SERVICIOS QUE PRESTA

El Hospital General de Accidentes, además de Consulta Externa, cuenta con servicio de atención de emergencias por accidentes, a donde pueden acudir todos los afiliados y beneficiarios, para que su estado emergente pueda ser atendido y de ameritar hospitalización quedará internado, en caso contrario, se atiende la emergencia y posteriormente es referido a la unidad medica de adscripción para continuar su tratamiento.

Este centro es el hospital de referencia a nivel nacional por el riesgo de accidentes, aunque hay otros hospitales a nivel departamental que atienden paciente por ese riesgo, así también pacientes referidos de sus zonas de influencia, tal como el Hospital de Accidentes de Quetzaltenango, Huehuetenango, Coatepeque y Hospital Departamental de Puerto Barrios, Hospital de Cobán, Alta Verapaz.

El Hospital General de Accidentes, dentro de los servicios que presta cuenta con lo siguiente: Clínicas Medicas atendidas por médicos especializados en Traumatología y Ortopedia, Oftalmología, Odontología, Medicina Interna, Neurología, Neurocirugía, Cardiología, Infectología, Cirugía General, Cirugía Platica, Artroscopia, Otorrinolaringología, Rehabilitación.

Existen los servicios para Pacientes Quemados, de Cirugía de Mano, Cadera y de Columna, Cirugía Máxilo Facial, Neurocirugía, Servicio de Intensivo y Emergencia (se incluye servicio de observación y clínica de choque), Laboratorios y Banco de Sangre, Servicios de Rayos “X” y Ultrasonidos, Rehabilitación y Nutrición, Cirugía General y otras, cuenta con varias salas de operación para la resolución quirúrgica de emergencia o cirugía planificada.

PROGRAMAS QUE ATIENDE

1. PROGRAMA DE ACCIDENTES

Respecto al Programa de Accidentes, este comprende la asistencia a sus afiliados y beneficiarios, dando atención médica por consulta externa u hospitales de la Institución. Así también, cuando se habla de la asistencia médica en Rehabilitación, ello se entiende como el proceso que tiende a capacitar de nuevo a un trabajador, física y psíquicamente para la vida activa y por lo tanto comprende:

- a. La readecuación de órganos lesionados como una de las fases del tratamiento.
- b. Sustitución o complemento de órganos mutilados por medio de aparatos protésicos y ortopédicos, siempre que sea posible y necesario (según acreditación de derechos).
- c. Readaptación profesional, como conjunto de esfuerzos tendientes a convertir de nuevo al trabajador en una persona económicamente activa y procurar conseguirle una ocupación compatible con sus aptitudes.

2. ENFERMEDAD ORTOPEDICA

Traumatología y Cirugía Ortopédica, este programa incluye la valoración clínica, el diagnóstico, la prevención, el tratamiento por medios quirúrgicos y no quirúrgicos y la rehabilitación adecuados a la atención del paciente portador de enfermedades congénitas y adquiridas, de deformidades y de alteraciones

funcionales traumáticas y no traumáticas del aparato locomotor y sus estructuras asociadas.

HORARIOS DE LA INSTITUCION

ADMINISTRACIÓN:

Mañana: 08:00 a 16:00 horas

ADMISIÓN HOPITALARIA:

Mañana: 07:00 – 15:00 horas.

08:00- 16:00 horas.

ADMISIÓN DE EMERGENCIA:

Turnos fijos

de Lunes a Viernes:

Mañana: 07:00 – 15:00 horas

Turnos rotativos los 365 días:

Mañana: 07:00 – 14:00 horas

Tarde: 13:30 – 20:00 horas

Noche: 19:30 – 24:00 horas

Amanece: 00:00 – 7:30 horas

NECESIDADES E INTERESES PSICOSOCIALES DE LA INSTITUCION

Necesidades:

- Capacitación de personal en general.
- Suficiente personal en cada uno de los diferentes servicios. Ampliación de espacios en los servicios.

- Aumentar cantidad de camillas, ya que en algunas ocasiones a los pacientes deben trasladarlos a servicios vecinos por no tener camillas disponibles.

Intereses:

- Bienestar de los pacientes.
- Atención a la población.
- Servicio personalizado.
- Aumento Salarial (interés para el personal)

3.1.2 Características de la población

Es una población del 3% de trabajadores en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Hospital General de Accidentes ubicado en la 13 Avenida 1-51 Zona 4 de Mixco colonia Monte Real con una capacidad de 322 camas y un aproximado de 1165 miembros del personal. El personal de área crítica intensivo I y II, son paramédicos que realizan su trabajo brindando atención en el área de salud, según las necesidades de cada pacientes, de acuerdo a las tareas asignadas según el puesto que ocupe y el tipo de pacientes que tiene que atender durante el periodo de trabajo. Contando con una población entrevistada de 28 mujeres y 6 hombres. Los cuales tienen un tiempo aproximado de trabajar en el hospital de 11 meses a 22 años.

3.1.3 Análisis cualitativo

3.1.3 Análisis cualitativo

Se conoce que el estrés postraumático puede o no desarrollarse en una persona que ha estado expuesta a un acontecimiento traumático, en este caso son accidentes los que causan la estadía de las personas en el hospital y su vulnerabilidad individual es lo que da origen a que el estrés postraumático afecte

a las personas. Mientras más traumático es un accidente existen más probabilidades que se origine, y a menos vulnerabilidad individual previa menos probabilidades de generarlo.

Las personas con trastorno de estrés postraumático experimentan de nuevo el hecho una y otra vez en al menos una de varias formas. Pueden tener sueños y recuerdos atemorizantes del acontecimiento, sensación de estar pasando por la experiencia nuevamente (reviviscencia) o tornarse muy perturbadas ante el recuerdo o al ver las consecuencias del mismo.

Según el estudio realizado se evidenció que el personal paramédico del intensivo I y II, conoce los síntomas pero desconoce en su mayoría los pasos a seguir para que él paciente reciba tratamiento, algunos no conocen al médico psiquiatra y desconocen si en el centro hay atención psicológica para los pacientes, también se evidencia la falta de cobertura por la cantidad de pacientes o por el estado de los mismos ya que en algunos casos están inconscientes o bajo el efecto de sedantes por su condición física.

El mejor pronóstico o resultado depende de la prontitud con que se desarrollen los síntomas después del trauma y de la rapidez con que se haga el diagnóstico y el tratamiento.

El tratamiento está orientado a la reducción de los síntomas, estimulándolo para que recuerde el hecho, exprese sus sentimientos y adquiera algún sentido de control sobre la experiencia. En algunos casos, el hecho de expresar la aflicción ayuda a completar el proceso necesario de duelo.

Es por eso que las personas que se encuentran a cargo directamente del paciente o más cerca de él, deben de conocer los primeros síntomas del estrés postraumático, para brindarle una mejor atención.

En la entrevista realizada a se hace el siguiente análisis, a la interrogante ¿Qué capacitación ha recibido recientemente? La mayor parte del personal refiere que fue la capacitación sobre transparencia, la cual tenía como finalidad exponer el trabajo que realiza el instituto guatemalteco de seguridad social, en la siguiente interrogante ¿En qué lugar realizan las capacitaciones y cuanto tiempo duran? El personal en su mayoría respondió que las capacitaciones son realizadas en el auditorium y la duración de estas es de tres a cuatro horas, a la interrogante ¿Con que frecuencia llaman en su servicio al médico psiquiatra y en qué casos? Respondieron que lo llaman eventualmente o cuando se cree necesario y que esto se hace muy pocas veces, cuando el médico encargado del servicio refiere algún paciente el médico psiquiatra pasa a examinarlo y a recetar medicamentos, a la interrogante ¿Cuál es el proceso para referir un paciente con el médico psiquiatra? Refirieron que el médico a cargo del servicio lo ordena en la hoja de evolución del paciente, según su criterio, a la siguiente interrogante ¿De qué manera reciben los pacientes su terapia psicológica? Según refieren la terapia es verbal o generalmente es solo medicamento, regularmente el médico psiquiatra visita a los pacientes en su área de encamamiento ya que por las condiciones en que se encuentran no pueden asistir a la clínica del médico., a la interrogante, ¿Cada cuanto tiempo reciben terapia psicológica los pacientes en su area de trabajo? Según lo referido en muy pocas veces o solo una vez según el estado del paciente, después solo le dan medicación según lo indica el médico psiquiatra, a la interrogante ¿Quién está a cargo del departamento de psicología? En su mayoría el personal refiere que desconoce si hay area de psicología y saben que solo el médico psiquiatra es el encargado. A la interrogante ¿Qué problemas emocionales presentan con frecuencia los pacientes? Refieren que son el llanto, tristeza, miedo, ansiedad y depresión pero en su mayoría es el llanto.

A la interrogante ¿Sabe usted cuantos pacientes están recibiendo terapia psicológica en su área? La mayoría del personal lo desconoce y refieren que no les informan, a la interrogante ¿Qué opinión tiene sobre la atención psicológica que reciben los pacientes? Según el personal refiere que no hay atención psicológica y que es necesaria ya que esto ayudaría al proceso de la recuperación, a la interrogante ¿Desde hace cuanto tiempo existe la atención psicológica en su área de trabajo? Lo desconocen, algunos refieren que creen que es solo por un rato, a la interrogante ¿Sabe usted que es el estrés postraumático? Tienen el conocimiento general, como el llanto la tristeza, miedo pero quienes refieren son los médicos encargados y lo hacen cuando según su criterio es necesario.

Fuente: Entrevista dirigida al personal paramédico del área de intensivo I y II IGSS de accidentes zona 7 ciudad capital.

En la encuesta realizada a se hace el siguiente análisis, a la interrogante ¿Qué cantidad de personas laboran por turno en el servicio? De cinco a seis personas atienden cada servicio en turnos rotativos, en la siguiente interrogante ¿En ¿Cuántas mujeres? La mayor parte del personal son mujeres, a la siguiente interrogante ¿Cuántos pacientes están a su cargo por turno regularmente? Regularmente de seis a diez pacientes, según los que necesiten la atención, a la siguiente interrogante ¿Cuántas personas supervisan a los pacientes aparte de usted? De cuatro a seis personas, pero todo el personal de turno debe velar por los pacientes, a la siguiente interrogante ¿Cuántas veces lo han capacitado sobre manejo de pacientes? De cinco a ocho capacitaciones pero ninguna sobre atención psicológica, a la siguiente interrogante ¿En cuántas áreas ha estado? Esto queda a nivel de jefatura ya son rotados por varios servicios, a la siguiente interrogante ¿Cuántas horas trabaja en un día? Siete horas diarias, según la

siguiente interrogante ¿Cuánto tiempo tiene de laborar en área crítica? Esto varía según el tiempo que lleva de laborar en el hospital de accidentes, a la siguiente interrogante ¿Qué tipos de capacitaciones ha recibido? Han sido más capacitaciones generales ninguna específica, a la siguiente interrogante ¿En esta población cuantos hombres laboran? Laboran seis hombres en los servicios distribuidos en los distintos turnos, en la siguiente interrogante ¿Cuántas veces lo capacitan en el año? Regularmente tres capacitaciones reciben al año, a la siguiente interrogante ¿Conoce usted al Psiquiatra del Hospital? Es necesario presentarlo a todo el personal de área crítica ya que solo una parte del personal lo reconoce dentro del hospital.

Fuente: Encuesta exploratoria dirigida al personal paramédico del área crítica de intensivo I y II IGSS de accidentes zona 7 ciudad capital.

CAPÍTULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- El personal paramédico tiene el conocimiento de los síntomas del estrés postraumático y las causas, pero desconocen la forma del trabajo del médico psiquiatra y el manejo que se debe tener para colaborar en su mejoría del paciente.
- La mayor parte del personal conoce los síntomas que presentan los pacientes con estrés postraumático.
- El personal paramédico enfrenta dificultades para atender a los pacientes en las diferentes áreas ya que muchos de ellos están limitados o inconscientes y no saben los pasos para referirlo o desconocen si están en tratamiento con el médico psiquiatra.
- Desconocimiento del programa de atención al paciente en el área de psiquiatría y psicología del hospital, ya que es deficiente por la cantidad de pacientes que se encuentran internados.
- En personal paramédico debe contar con una hoja de evolución del específica del departamento de psiquiatría para tener una atención integral para el paciente que presente estrés postraumático.

4.2 Recomendaciones

- Brindar al personal paramédico capacitaciones en las distintas áreas de salud de los pacientes, ya que la salud mental es parte fundamental para una pronta recuperación.
- Capacitar al personal paramédico, sobre temas de interés según el área de trabajo y los posibles retos que estén presentes durante sus labores.
- Dar a conocer al personal paramédico; al médico psiquiatra ya que es necesario el trabajo en conjunto, tomando en cuenta a todos como un equipo de trabajo.
- Presentar el programa de atención psicológica que se emplea en el hospital, para que sea reconocida su labor y manejo del programa que se utiliza dentro de los servicios.
- Tener una hoja de evolución específica para el departamento de psiquiatría y psicología ya que es necesario tener una atención adecuada y así evitar el desconocimiento del mismo.
- Tomar en cuenta que es necesario contar con un horario más accesible al médico psiquiatra o al departamento de psicología de la unidad ya que es desconocido casi en su totalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- * Astin,M.C.y Resick, V.E. (1997): Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático. En V.E. Caballo (Dir.), Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. 64 Págs. ISBN 9789707293298.
- * Bobes, J.; Bousoño, M.; Calcedo,A y González, M.P. (2000). Trastorno de estrés postraumático.Barcelona: Masson. 310 Págs. ISBN 9788445810514.
- * Daniel Schechter, Erica Willheim (2009). Disturbances of attachment and parental psychopathology in early childhood. Infant and Early Childhood Mental Health Issue. Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America. 855 Págs. ISBN 9781437711998 1437711995.
- * Fenichel, Otto (1966). Teoría psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires, Paidós. OCLC 760608485. 814 Págs. ISBN 9789688532652.
- * Foa, E. Keane,T. y Friedman,M. (2003).Tratamiento del estrés Postraumático. Barcelona: Ariel. 658 págs. ISBN 9788434409033.
- * Pierre Pichot coordinador general (1995). DSM IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, Masson. 1048 Págs. ISBN 84-458-0297-6.
- * Sánchez M, Cruz C. Roseta alogénica: su aplicación en pacientes sometidos a estrés agudo. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter 1991; 120 Págs.
- * Shapiro F. (1999): Eye movement desensitization and reprocessing: Basic Principles, protocols and procedures. New York: Guilford Press. 472 Págs. ISBN 9781572306721.
- * Stahl, S.M.(1998).Psicofarmacología esencial. Barcelona: Ariel. 608 Págs. ISBN 9722434408982.
- * Trastorno por estrés postraumático - Wikipedia, la enciclopedia libre. Consultado el 22 de abril de 2,013.

Anexos

Anexo 1

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
 UNIDAD DE GRADUACIÓN PROFESIONAL
 CENTRO DE INVESTGACIONES EN PSICOLOGIA
 CIEPs – “MAYRA GUTIERREZ”



| |
|--|
| OBSERVACIÓN DIRIGIDA AL PERSONAL PARAMEDICO DEL ÁREA CRITICA DE INTENSIVO I Y II IGSS DE ACCIDENTES ZONA 7 CIUDAD CAPITAL |
| <p>1. ¿Cantidad de pacientes en Intensivo I?</p> <p>0-5 <input style="width: 40px;" type="text"/> 6-10 <input style="width: 40px;" type="text"/> 11-15 <input style="width: 40px;" type="text"/> Mas, cuantos _____</p> |
| <p>2. ¿Cantidad de pacientes en Intensivo II?</p> <p>0-5 <input style="width: 40px;" type="text"/> 6-10 <input style="width: 40px;" type="text"/> 11-15 <input style="width: 40px;" type="text"/> Mas, cuantos _____</p> |
| <p>3. ¿Qué síntomas toma en cuenta el personal paramédico para referir a los pacientes con el médico psiquiatra?</p> <p>Llanto <input style="width: 40px;" type="text"/> Gritos Frecuentes <input style="width: 40px;" type="text"/> Aislamiento <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>Falta de Apetito <input style="width: 40px;" type="text"/> Falta de Colaboración en su recuperación <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>Otros: _____</p> |
| <p>4. ¿Cantidad de personal paramédico por área?</p> <p>Intensivo I <input style="width: 40px;" type="text"/> Intensivo II <input style="width: 40px;" type="text"/></p> |
| <p>5. ¿Cantidad de pacientes atendidos por el psiquiatra?</p> <p>0-5 <input style="width: 40px;" type="text"/> 6-10 <input style="width: 40px;" type="text"/> 11-15 <input style="width: 40px;" type="text"/> Mas, cuantos _____</p> |

| | | | |
|--|----------------------|-----------------|--|
| 6. ¿Cantidad de pacientes que recibe atención psicológica? | | | |
| 0-5 | <input type="text"/> | 6-10 | <input type="text"/> Mas, cuantos_____ |
| | | 11-15 | <input type="text"/> |
| 7. ¿Cuántos pacientes logran terminar el tratamiento Psicológico? | | | |
| 0-5 | <input type="text"/> | 6-10 | <input type="text"/> Mas, cuantos_____ |
| | | 11-15 | <input type="text"/> |
| 8. ¿Cuánto tiempo duran las visitas de los familiares? | | | |
| de 5 a 10 | <input type="text"/> | de 10 a 15 | <input type="text"/> |
| Minutos | | Minutos | |
| | | de 15 a 20 | <input type="text"/> |
| | | Minutos | |
| 9. ¿Qué barreras se observan para que el paciente se comuniqué con el personal paramédico? | | | |
| No poder hablar | <input type="text"/> | Idioma | <input type="text"/> |
| | | Estado de Animo | <input type="text"/> |
| 10. ¿Cómo atiende el personal paramédico a los pacientes en general? | | | |
| Bueno | <input type="text"/> | Regular | <input type="text"/> |
| | | Malo | <input type="text"/> |

Anexo 2

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
UNIDAD DE GRADUACIÓN PROFESIONAL
CENTRO DE INVESTGACIONES EN PSICOLOGIA
CIEPs – “MAYRA GUTIERREZ”



| | |
|--|---------|
| ENTREVISTA DIRIGIDA AL PERSONAL PARAMEDICO DEL ÁREA CRITICA DE INTENSIVO I Y II IGSS DE ACCIDENTES ZONA 7 CIUDAD CAPITAL | |
| CARGO QUE DESEMPEÑA: | |
| EDAD: | GENERO: |
| TIEMPO DE LABORAR DENTRO DE LA EMPRESA: | |
| 1. ¿Qué capacitación ha recibido recientemente? | |
| 2. ¿En qué lugar realizan las capacitaciones y cuanto tiempo duran? | |
| 3. ¿Con que frecuencia llaman en su servicio al Médico Psiquiatra y en qué casos? | |
| 4. ¿Cuál es proceso para referir un paciente al Médico Psiquiatra? | |

| |
|---|
| 5. ¿De qué manera reciben los pacientes su terapia psicológica? |
| 6. ¿Cada cuanto tiempo reciben terapia psicológica los pacientes en su área de trabajo? |
| 7. ¿Quién está a cargo del departamento de psicología? |
| 8. ¿En qué lugar reciben los pacientes su terapia? |
| 9. ¿Qué problemas emocionales presentan con frecuencia los pacientes? |
| 10. ¿Sabe usted cuantos pacientes están recibiendo terapia psicológica en su área? |
| 11. ¿Qué opinión tiene sobre la atención psicológica que reciben los pacientes? |
| 12. ¿Desde hace cuanto tiempo existe la atención psicológica en su área de trabajo? |
| 13. ¿Sabe usted que es Estrés Postraumático? |

Anexo 3

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
 UNIDAD DE GRADUACIÓN PROFESIONAL
 CENTRO DE INVESTGACIONES EN PSICOLOGIA
 CIEPs – “MAYRA GUTIERREZ”



| | | | |
|---|---------|---------|--------|
| ENCUESTA EXPLORATORIA DIRIGIDA AL PERSONAL PARAMEDICO DEL ÁREA CRITICA DE INTENSIVO I Y II IGSS DE ACCIDENTES ZONA 7 CIUDAD CAPITAL | | | |
| ÁREA DE TRABAJO: | | | |
| EDAD: | | GENERO: | |
| CARGO QUE DESEMPEÑA: | | | |
| NOMBRE DEL ENCUESTADOR (ES): | | | |
| Instrucciones: a continuación se le presentan una serie de preguntas las cuales debe responder marcando con una X . | | | |
| 1. ¿Qué cantidad de personas laboran por turno en el servicio? | | | |
| De 2-4 | De 4-6 | De 6-8 | Otros, |
| especifique_____ | | | |
| 2. ¿En esta población cuántos hombres laboran? | | | |
| 1-3 | 3-6 | ninguno | |
| 3. ¿Cuántas mujeres? | | | |
| De 1-4 | De 4-6 | | |
| 4. ¿Cuánto pacientes están a su cargo por turno regularmente? | | | |
| De 1-5 | De 5-10 | Otros, | |
| especifique_____ | | | |

| |
|--|
| <p>5. ¿Cuántas personas supervisan a los pacientes aparte de usted?</p> <p>De 1-3 De 3-6 Otros, especifique_____</p> <p>_____</p> |
| <p>6. ¿Cuántas veces lo han capacitado sobre el manejo de pacientes?</p> <p>De 2-4 De 5-8 De 9-12</p> <p>Mas, especifique_____</p> |
| <p>7. ¿En cuántas áreas ha trabajado?</p> <p>De 1-3 De 4-6 De 7-10 Mas, especifique_____</p> |
| <p>8. ¿Cuántas horas trabaja en un día?</p> <p>De 2-4 horas De 5-7 horas</p> |
| <p>9. ¿Cuánto tiempo tiene de laborar en área critica?</p> <p>De 1-11 meses De 1 año-2 años De 2 años-3 años Más especifique</p> <p>_____</p> |
| <p>10. ¿Qué tipo de capacitaciones ha recibido?</p> <p>Por servicio generales otras</p> <p>especifique:_____</p> <p>_____</p> |
| <p>11. ¿Cuántas veces los capacitan al año?</p> <p>1 2 3 4 5 6 Otros, especifique:_____</p> |
| <p>12. ¿Conoce usted al Psiquiatra del Hospital?</p> <p>SI NO</p> |